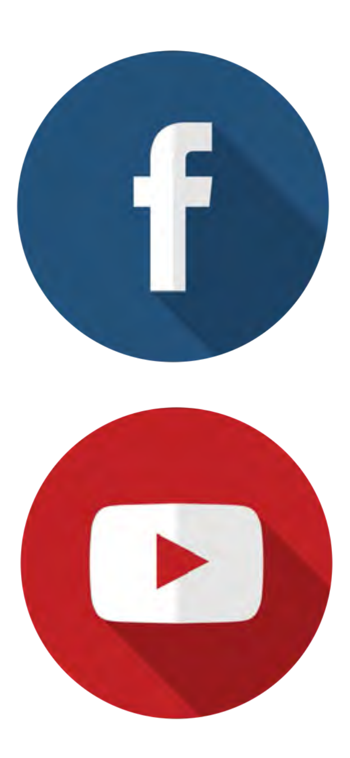
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Tumeurs de Vessie

1. Introduction

- TVNIM : le terme « tumeur superficielle » a été récemment changé par celui de « tumeur n'envahissant pas le muscle »
- TVIM : Tumeur de vessie infiltrant le muscle
- Lors du diagnostic initial, 75 à 85 % des tumeurs sont des TVNIM :

60 à 70 % des lésions récidiveront la première année 10 à 20 % progresseront vers des tumeurs invasives et/ou métastatiques.

2.Épidémiologie

- Age : à partir de 50 ans, avec le maximum de fréquence

  Après 65 ans
- Sexe : prédominance masculine (75 %)
- Fréquence : 20 000 à 30 000 nouveaux cas par an aux USA responsables de 10 000 morts
- Facteurs favorisants :

  - facteurs chimiques : aniline (++), carbure, peinture
  - tabac : les gros fumeurs multiplient le risque par 4
  - parasitoses (bilharziose)
  - facteurs iatrogènes (radiation) et cystite chronique

3.Clinique

Hématurie 85% +++

Dysurie et signes irritatifs: impériosité, pollakiurie (surtout carcinome in situ)

Cystite amicrobienne

Examen clinique: Pauvre

4.Examens complémentaires

- Cytologie urinaire

  Diagnostique et surveillance

Cystoscopie

5. Imagerie : **echographie** **Uroscanner**

6.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- BIOLOGIE:

ECBU

Fct Rénale

FNS

7.RESECTION ENDOSCOPIQUE

8.Anapath

- Les tumeurs urotheliales : carcinome transitionnel

95% des tumeurs vésicales.

Ils se caractérisent par leur différenciation cellulaire (le grade) et leur pénétration dans la paroi vésicale.

Grading :

G0 : cellules normales

G1 : cellules bien différenciées

G2 : cellules moyennement différenciées

G3 : cellules peu ou pas différenciées

- Autres types: carcinome epidermoide

adénocarcinome

sarcome

9. Classification TNM 2010

Tx Tumeur primitive non évaluable

T0 Tumeur primitive non retrouvée

Ta Carcinome papillaire non invasif

Tis Carcinome in situ « plan »

T1 Tumeur envahissant le chorion

T2 Tumeur envahissant la musculeuse

T2a Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)

T2b Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)

T3 Tumeur envahissant le tissu péri-vésical

T3a Envahissement microscopique

T3b Envahissement extra-vésical macroscopique

T4 Tumeur envahissant une structure péri-vésicale

T4a Prostate, vagin ou utérus

T4b Paroi pelvienne ou abdominale

Ganglions

Nx Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

• N0 Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

• N1 Atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré sacré)

• N2 Atteinte de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré sacré)

• N3 Atteinte d'un (ou plusieurs) ganglion(lymphatique(s) iliaque(s) primitif(s)

Métastases

M0 Absence de métastase à distance

• M1 Métastase(s) à distance

<u>10.L'examen en fluorescence</u>

- Améliore la détection des tumeurs de vessie non vues en cystoscopie standard (et notamment les lésions in situ, de dysplasie et les petites tumeurs papillaires).

11. Risque TVNIM

- **Risque faible**

Ta unique, bas grade (grade 1) et diamètre < 3 cm et absence de récidive tumorale

- **Risque intermédiaire**

- Ta bas grade multifocal et/ou récidivante

- T1 bas grade (grade 1-2)

- **Risque élevé**

- Ta haut grade (grade 2/3 et 3)

- T1 haut grade (grade 2/3 et 3) ou T1 récidivante

-CIS (carcinome in situ)

Score EAU 2012

Factor	Recurrence	Progression
Number of tumours		
Single	0	0
2-7	3	3
≥ 8	6	3
Tumour diameter		
< 3 cm	0	0
≥ 3 cm	3	3
Prior recurrence rate		
Primary	0	0
≤ 1 recurrence/year	2	2
> 1 recurrence/year	4	2
Category		
Ta	0	0
T1	1	4
Concurrent CIS		
No	0	0
Yes	1	6
Grade (WHO 1973)		
G1	0	0
G2	1	0
G3	2	5
Total score	0-17	0-23

Probabilté de récidive et de progression EAU 2012

Recurrence score	Probability of recurrence at 1 year		Probability of recurrence at 5 years		Recurrence risk group
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
0	15	(10-19)	31	(24-37)	Low risk
1-4	24	(21-26)	46	(42-49)	Intermediate risk
5-9	38	(35-41)	62	(58-65)	
10-17	61	(55-67)	78	(73-84)	High risk

Progression score	Probability of progression at 1 year		Probability of progression at 5 years		Progression risk group
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
0	0.2	(0-0.7)	0.8	(0-1.7)	Low risk
2-6	1	(0.4-1.6)	6	(5-8)	Intermediate risk
7-13	5	(4-7)	17	(14-20)	High risk
14-23	17	(10-24)	45	(35-55)	

12.TRAITEMENT

Traitement des TVNIM

- 1er temps: Résection endoscopique
- 2eme temps : Instillations endovesicales

Instillation post-opératoire précoce (IPOP) de Mitomycine C

- 6 premières heures ou, au plus tard, dans les 24 heures qui suivent la RTUV

contre-indications: l'hématurie

perforation vésicale

- L'IPOP après RTUV diminuerait le risque de récidive tumorale de 12 à 39 %, que la lésion soit uni- ou multifocale

Mitomycine

- 6 à 8 instillations hebdomadaires de 40 mg d'Ametycine C, suivies ou non d'instillations mensuelles
- Pas de contre-indication formelle

- Respect du délai de cicatrisation vésicale de 4 semaines en cas de résection profonde ou de perforation pendant l'acte endoscopique

Instillations de BCG

- Le traitement d'attaque est de six instillations hebdomadaires complète par une a trois instillations hebdomadaires après six semaines d'arrêt
- Le traitement d'induction par le BCG est débuté dans

un délai de quatre semaines au moins après la dernière

résection tumorale .

- Un traitement d'entretien doit être propose sur une durée totale de trois années selon la tolérance au traitement

Contre-indication au BCG

Déficit immunitaire inné ou acquis

Tuberculose active

Antécédent de réaction systémique au BCG

Antécédent de radiothérapie de l'aire vésicale.

Indications :

Risque faible

- Surveillance simple

Risque intermédiaire

- Instillations hebdomadaires de mitomycine (MMC) sur 8 semaines consécutives après cicatrisation vésicale (4 semaines au moins)
- Le BCG peut être discute en alternative aux instillations de MMC de première intention ou en cas d'échec du traitement par la mitomycine

Risque élevé

- Instillations endovésicales de BCG (sauf contre-indications) après cicatrisation vésicale (4 à 6 semaines).
- Si les instillations de BCG sont bien supportées,
- intérêt d'un traitement d'entretien.

- Cystectomie : En cas d'échec du traitement par BCG

D'emblée dans certaines formes de mauvais pronostic chez des patients jeunes

13.Surveillance

- **Risque faible** Cystoscopie

3e, 6e, 12e mois puis annuelle pendant 10 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique)

- **Risque intermédiaire** : Cystoscopie :

3e, 6e, 12e mois puis annuelle pendant 15 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique)

Cytologie urinaire : recommandée,

couplée à la cystoscopie

Uro-TDM : tous les deux ans et en cas de cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil

- **Risque élevé** Cystoscopie

3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis annuelle à vie

Cytologie urinaire

3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis annuelle à vie

Uro-TDM tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil

Traitement des tumeurs infiltrant e muscle

- Traitement chirurgical:

Cystectomie : traitement de référence

Cystoprostatecomie chez l'homme

Pelvectomie antérieure chez la femme

Dérivation urinaire:

Interne: enterocystoplastie

Externe: directe: urétérostomie cutanée

indirecte: transileale: Bricker

- Chimiothérapie :

exclusive: tumeurs métastasées

neo-adjuvantes ou adjuvantes

- Radiothérapie :

peut être exclusive,neoadjuvante ou adjuvante

Effets secondaires+++

- Association radio-chimiothérapie: alternative à la chirurgie

14.Pronostic

- Survie a 5ans

pTa : 90%

pT1 : 70%

pT2 : 50%

pT3: 30%

pT4: 5%